

Test concernant les allergies



Âge: (le test convient aux enfants à partir de 12 ans)

Sexe: féminin masculin

1. Existe-t-il des cas d'allergie au sein de votre famille ?

oui non

2. Quels troubles avez-vous observés jusqu'à présent ?

- Éternuements/irritation du nez
- Rhume (sécrétions jaunâtres)
- Rhume (sécrétions liquides)
- Troubles olfactifs
- Problèmes respiratoires lorsque vous êtes dehors
- Yeux qui pleurent, qui piquent et/ou qui brûlent
- Nez bouché, sinus bouchés et/ou muqueuse nasale enflée
- Démangeaisons dans les oreilles, le nez, la gorge, la bouche ou les yeux
- Picotements, démangeaisons ou sensation de gonflement au niveau des lèvres, de la langue, du palais ou de la gorge
- Maux de tête
- Sensation de pression dans les sinus
- Fatigue et/ou troubles de la concentration
- Sensibilité à la lumière
- Sensation de malaise général, fièvre, douleurs musculaires et courbatures

3. Quand ces symptômes sont-ils apparus pour la première fois? (mois/année)

4. Quelles peuvent être les causes de ces symptômes?

- Pollen Animaux (chat/chien) Aliments
- Acariens Moisissure
- Autres:

5. Avez-vous consulté un médecin pour vos symptômes?

oui non

Si oui, quel médecin: Généraliste Spécialiste (par exemple: allergologue)

6. Dans le cas où vous avez consulté un médecin: a-t-il constaté une allergie?

oui non

Si oui, laquelle:

7. Prenez-vous des médicaments contre ces symptômes ou suivez-vous un traitement?

oui non

Si oui, lequel ou lesquels:
